VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

**PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

■ **KOMISJI ZDROWIA**
**(NR 52)**
z dnia 7 listopada 2012 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Zdrowia (nr 52)

7 listopada 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

**– rozpatrzenie projektu opinii dla Komisji Finansów Publicznych o rządowym projekcie ustawy budżetowej na rok 2013 (druk nr 755) w zakresie części budżetowej 46, 66, 83 poz. 47, 48 i 71 oraz 85;**

**– zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.;**

**– zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Cezary Rzemek** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Kozłowska** rzecznik praw pacjenta wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Pachciarz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Dłużniewski** naczelnik w Departamencie Ekonomiczno-Administracyjnym Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Małgorzata Mrowiec** i **Elżbieta Walczak** naczelnicy wydziałów w Ministerstwie Finansów wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli, **Danuta Muszyńska** kierownik Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomani, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Mariusz Kocój** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", **Zdzisław Szramik** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz **Hanna Gutowska** i **Joanna Walewander** członkinie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Agnieszka Kramarz** z Viewpoint Group

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Otwieram posiedzenie Komisji. Witam szanowne panie i szanownych panów posłów. Witam przedstawicieli ministra zdrowia z panem ministrem Rzemkiem i dyrektorami departamentów. Witam prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam zaproszonych gości. Przedstawię pokrótce porządek dzisiejszego posiedzenia.

Proponuję, żebyśmy dokończyli debatę, a właściwie przedstawili końcowe wnioski dotyczące projektu opinii dla Komisji Finansów Publicznych o rządowym projekcie ustawy budżetowej na rok 2013, w zakresie części budżetowej 46, 66, 83 poz. 47,48 i 71 oraz 85. Przypomnę, że na poprzednim posiedzeniu wysłuchaliśmy uzasadnienia i wyjaśnień ministra zdrowia, a następnie przeprowadziliśmy dyskusję, w trakcie której padło wiele pytań natury ogólnej i szczegółowej. Ustaliliśmy wówczas, że Ministerstwo Zdrowia odpowie pisemnie na pytania zadane przez państwa posłów. Ta odpowiedź dotarła do Komisji Zdrowia i państwo mają ją dostępną na iPodach – tam znajdują się szczegółowe informacje wynikające z odpowiedzi na pytania zadane dwa tygodnie temu.

Przypomnę również, że poprosiliśmy wtedy pana posła Andrzeja Orzechowskiego o to żeby przedstawił krótki referat dotyczący budżetu w zakresie ochrony zdrowia. Pro-

ponuję więc, żebyśmy dzisiaj dokończyli dyskusję, bo wtedy zabrakło czasu na to, żeby swoje ewentualne postulaty przedstawiła strona społeczna – państwo posłowie wyczerpali swój program. Następnie chciałbym, żeby po ewentualnych pytaniach strony społecznej pan minister udzielił na nie odpowiedzi, po czym poprosiłbym pana posła Orzechowskiego o przedstawienie wniosków, które będą prezentowane Komisji Finansów Publicznych. Czy jest zgoda na taki przebieg tej części posiedzenia? Nie słyszę sprzeciwu. Chciałbym jeszcze państwa poinformować, że będziemy dzisiaj również opiniować dwa projekty zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia – pierwszy na rok 2012, czyli rok bieżący, a drugi na rok 2013. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do dalszych prac Komisji nad budżetem państwa na rok 2013. Czy ktoś z strony społecznej chciałby zabrać głos w tej materii? Nie słyszę zgłoszeń. W związku z tym, poproszę pana posła Orzechowskiego o krótkie zaprezentowanie wniosków wynikających z przedstawienia projektu budżetu oraz dyskusji. Proszę bardzo, panie pośle.

**Poseł Andrzej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, po prezentacji budżetu w zakresie zdrowia, po dyskusji, a także po uzyskanych odpowiedziach, proponuję Wysokiej Komisji przyjęcie pozytywnej opinii odnośnie do spraw związanych z budżetem w ochronie zdrowia.

We wszystkich pozycjach – w części 46, budżetach wojewodów, rezerwach celowych i środkach z Funduszu Pracy – łącznie, po stronie wydatkowej przewiduje się 8.405.000 tys. zł. Według moich obliczeń, jest tu dynamika na poziomie 102,4%. Wszystkie zadania, które są przewidziane do realizacji ze środków budżetowych, są finansowane. Największy udział wśród tych wydatków stanowią: ratownictwo medyczne – 1.932.000 tys. zł; składki na ubezpieczenia zdrowotne – 1.568.000 tys. zł; szkolnictwo medyczne – 1.332.000 tys. zł. W piątce największych wydatków mieszczą się jeszcze środki na inspekcję sanitarną – 812.000 tys. zł i na programy polityki zdrowotnej – 722.000 tys. zł. Trochę mniej jest wydatków na inwestycje przewidziane na 2013 r., ale trzeba powiedzieć, że w 2012 r. realizowanych było 7 inwestycji wieloletnich, z których dwie będą zakończone. Do realizacji pozostaje więc 5.

Zasadniczo, w telegraficznym skrócie, to wszystko. Nie zmieniają tej pozytywnej opinii uwagi, które pojawiają się od jakiegoś czasu, szczególnie te dotyczące Domu Lekarza Seniora i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego Dom Pracownika Służby Zdrowia. Pojawiają się w tym zakresie uwagi ze strony Biura Analiz Sejmowych, że nie powinny być finansowane z tych środków, ale na zasadach ogólnych. Wydaje mi się, że należałoby się nad tym pochylić w przyszłości.

Następną kwestią są uwagi NIK-u dotyczące wykonania w 2011 r. Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Okazuje się, że stan środków na początku roku na tym Funduszu to 43.000 tys. zł, a planowany na koniec roku 2013 – 53.000 tys. zł. Być może warto się zastanawiać, czy ten odpis powinien być 3%, czy może niższy. Moim zdaniem, należy to monitorować, żeby nie było zarzutów tego rodzaju, że te środki się w jakiś sposób tezauryzuje.

I jeszcze jedna kwestia – drobna uwaga na przyszłość, dotycząca Rzecznika Praw Pacjenta. Otóż, przy dynamice 38% wzrostu wydatków na przyszły rok – co prawda, nie jest to gigantyczna skala, bo chodzi o 11.400 tys. zł – być może, przydałoby się dogłębniejsze przedstawienie merytorycznego uzasadnienia takiego wzrostu wydatków. Nie zmienia to postaci rzeczy, bo są to drobne kwestie przy kwocie 8.400.000 tys. zł. Nie zmienia więc to mojej propozycji przyjęcia pozytywnej opinii. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie pośle. Czy Ministerstwo Zdrowia chciałoby jeszcze coś dodać do tych spraw, które były tu poruszane?

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:**

Dziękuję, nie.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Pragnę państwa poinformować, że na moje ręce nie wypłynęły żadne poprawki dotyczące budżetu ochrony zdrowia w zakresie części, o których mówił pan poseł Orzechowski.

I bardzo dobrze, bo uznaję, że świadczy to o merytorycznym podejściu posłów do sprawy – za wcześnie, żeby formułować poprawki, kiedy budżet w tym pierwszym rzucie nie jest jeszcze dokładnie określony. Przypomnę, ponieważ w dalszym ciągu istnieje możliwość zgłaszania poprawek, że będą one głosowane – są poddane pod głosowanie na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych. W związku z tym przyjęliśmy w Komisji następującą procedurę działania. Jeśli państwo będą zgłaszać poprawki, to na sformalizowanym druku, gdzie będzie jasno będą określone wydatki. Trzeba też wskazać źródło sfinansowania tych wydatków. Nie ma możliwość, żeby tego nie wskazać. Taki sformalizowany druk można składać do Komisji Finansów Publicznych do 23 listopada, w pokoju 208 – budynek K. Jest to stary Dom Poselski. Wskazane by było, gdyby państwo przed złożeniem poprawki w Komisji Finansów Publicznych poprosili o pomoc – o opinię – w Wydziale Analiz Społeczno-Gospodarczych Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, w budynku K – w starym Domu Poselskim – w pokojach 430, 435 i 439. Chodzi o to, żeby nie doszło do sytuacji, że pojawi się poprawka, w przypadku której wskazane jest źródło finansowania już dawno wyczerpane przez kolejnych posłów zgłaszających poprawki. Jeszcze raz przypominam – do 23 listopada.

Będziemy teraz głosować nad opinią nr 8 Komisji Zdrowia dla Komisji Finansów Publicznych, podjętą na dzisiejszym posiedzeniu, a więc w dniu 7 listopada 2012 r., a dotyczącą projektu ustawy budżetowej na rok 2013. Nie będę czytać całej treści tej opinii, stwierdzę tylko, że Komisja Zdrowia na posiedzeniu dniu 24 października rozpatrzyła projekt ustawy budżetowej i dzisiaj przyjęła odpowiednią opinię: Komisja, po zapoznaniu się z projektem ustawy budżetowej na rok 2013, a także stanowiskiem dysponentów części budżetowych i opiniami ekspertów oraz po dyskusji, pozytywnie zaopiniowała wymienione części projektu ustawy budżetowej.

Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem takiej opinii, w której pozytywnie ocenia projekt ustawy budżetowej i rekomenduje do dalszych prac w Komisji Finansów Publicznych? Proszę o podniesienie ręki – nie mamy dzisiaj maszyny do liczenia głosów. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Nie widzę zgłoszeń. Proszę o podanie wyniku.

Stwierdzam, że za tą opinią głosowało 17 posłów, przeciwko 10. Opinia została poddana pod głosowanie i przyjęta w formie zaproponowanej przez posła Orzechowskiego.

Pragnę jeszcze państwa poinformować, iż w związku z tym, że najprawdopodobniej dojdzie do zmiany w składach osobowych Komisji – będzie to przedmiotem uchwały Sejmu, która będzie głosowana w piątek na bieżącym posiedzeniu Sejmu – po konsultacjach w prezydium Komisji i z zainteresowanymi posłami, proponuję, aby do przedstawienia powyższej opinii Komisja upoważniła panią poseł Krystynę Skowrońską.

Chciałbym podziękować panu posłowi Orzechowskiemu za pracę. Pan poseł nas opuszcza – szkoda – na rzecz innych odpowiedzialnych zadań. W związku z tym, pytam, czy pani poseł Krystyna Skowrońska… Myślę, że na wszelki wypadek ustaliliśmy, żeby pani poseł Krystyna Skowrońska reprezentowała Komisję Zdrowia na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych. Pani poseł, oczywiście, pani się zgadza?

**Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Tak, panie przewodniczący.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Czy są inne propozycje? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym, do przedstawienia powyższej opinii Komisja upoważniła panią poseł Krystynę Skowrońską. Jeszcze raz dziękuję panu posłowi Orzechowskiemu za pracę, bo był wieloletnim przedstawicielem Komisji Zdrowia w Komisji Finansów Publicznych w sprawach budżetu. Dziękuję bardzo. Wyczerpaliśmy ten punkt dzisiejszego porządku obrad.

Przystępujemy do realizacji drugiego punktu porządku – myślę, że go podzielimy, bo będą dwa głosowania – zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r. Pozwolę sobie nieco zmienić porządek, żeby zacząć od tego roku.

Poproszę panią prezes Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie projektu zmiany planu finansowego na rok bieżący. Proszę, pani prezes.

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pozwalamy sobie przedstawić do zaopiniowania zmianę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok bieżący – 2012 r. Jest to typowa procedura związana z pewnymi porządkowymi zmianami, już po zamknięciu konkretnych okresów rozliczeniowych.

Przedmiotem zmiany jest: zmniejszenie składki należnej brutto równej przypisowi składki od ZUS, o kwotę 20.834 tys. zł; zmniejszenie kosztów poboru i ewidencjonowania tych składek, co jest pochodną pierwszej zmiany, o kwotę 41 tys. zł; zwiększenie pozostałych przychodów o kwotę 86.178 tys. zł; również zwiększenie pozostałych kosztów o kwotę 93.154 tys. zł; zwiększenie przychodów finansowych o ponad 99.000 tys. zł i zwiększenie kosztów finansowych o 71.000 tys. zł. Teraz pozwolę sobie każdą z tych zmian krótko omówić.

Składka należna brutto – proponujemy zmniejszenie o ponad 20.000 tys. zł z tytułu rzeczywistej realizacji przychodów ze składek za zamknięty okres dziewięciu miesięcy, opierając się na prognozie na kolejny okres. Poza tym, w poz. 4.1 proponujemy zmniejszenie kosztów poboru, co jest zgodne z treścią art. 88 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który ten koszt dla ZUS-u określa na 0,2%. W związku z tym, ta kwota wynosi 41 tys. zł.

Wnosimy w tym wniosku o opinię o zwiększenie pozostałych przychodów o kwotę 86.178 tys. zł, co wynika głównie ze skutków wejścia w życie i funkcjonowania ustawy o refundacji leków, a konkretnie jej art. 11, który wprowadził instrumenty dzielenia ryzyka – na początku, formułując plan, nie można było jeszcze określić tej kwoty przychodów. Po zamkniętym okresie tę kwotę można już wskazać. W związku z tym, występujemy o taką zmianę. Jest to główna przyczyna wzrostu przychodów w tym zakresie. Pozostałe przychody, to rozwiązane rezerwy na sprawy sądowe, które w międzyczasie rozstrzygnęły się korzystnie dla NFZ-u. Poza tym uzyskano odszkodowania i rozwiązano odpisy aktualizacyjne utworzone w związku z należnościami w latach ubiegłych – te rezerwy, które mogliśmy do tej pory rozwiązać. Stąd wzrost pozostałych przychodów.

Ponadto, wnosimy o zwiększenie pozostałych kosztów o kwotę ponad 93.000 tys. zł. Składa się na to kilka pozycji. Po pierwsze, w pozycji F1 zmniejszamy koszty związane z receptami – to też jest dość dynamiczne. W trakcie roku takie dane z oddziałów do nas spływają. Stąd ta zmiana. Poza tym, karta profesjonalisty, której wprowadzanie jest rozłożone etapowo na ten i następny rok. Także w tym zakresie możemy zmniejszyć część kosztów zaplanowanych wstępnie na rok bieżący. Będzie to realizowane w roku następnym.

Z kolei, w pozycji F2 zwiększamy środki o kwotę 68.000 tys. zł, z powodu konieczności utworzenia rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, które w międzyczasie wpłynęły do sądów przeciwko Funduszowi. Są to w większości sprawy oddziałów. Z pięciu oddziałów mieliśmy wnioski o zwiększenie środków, a z sześciu o zmniejszenie. Sumarycznie jest to kwota 68.000 tys. zł. Poza tym, w pozycji F4 „inne koszty" występujemy o zwiększenie o kwotę 44.418 tys. zł, co także wynika z odpisów aktualizacyjnych, które są utworzone na podstawie art. 35b ustawy o rachunkowości. Są to w większości odpisy aktualizacyjne należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za rok 2009 i 2011. Tam, gdzie spodziewaliśmy się spływu tych składek, jesteśmy zobowiązani – zgodnie z ustawą o rachunkowości – tworzyć na bieżąco odpisy aktualizacyjne.

Kolejna pozycja – zwiększenie przychodów finansowych. We wniosku o opinię wnosimy o zwiększenie o ponad 99.000 tys. zł. Są to głównie odsetki z uzyskanych lokat w pozycji G1. Kwota z tytułu odsetek to ponad 69.000 tys. zł została obliczona na podstawie rzeczywistych odsetek z lokat za 10 miesięcy i prognozowanych lokat do końca rok w oparciu na takich przesłankach, jak: składka netto wpływająca do Funduszu, która będzie lokowana przynajmniej na jeden dzień roboczy; wolnych środków, które jesteśmy zobowiązani przekazywać do depozytu ministra finansów oraz średniego oprocentowania depozytu u ministra finansów w okresie od listopada do grudnia, które kształtować się będzie na poziomie 3,7%. W związku z tym, tak obliczona kwota zwiększenia odsetek jest wskazana w tym wniosku w podanej kwocie. Poza tym, w pozycji G2 „inne przychody finansowe" występujemy o zwiększenie o ponad 29.000 tys. zł, co jest związane

z rozwiązaniem rezerw utworzonych w latach ubiegłych na odsetki z tytułu roszczeń będących przedmiotem postępowań sądowych. Jak państwo widzą, w odpowiednich pozycjach, w zależności od kształtującej się sytuacji – kończonych procesów i rozpoczynanych procesów – jesteśmy zobowiązani tworzyć odpowiednie rezerwy na kwoty główne i odsetki. Tutaj mamy tego skutki.

Kolejna pozycja, to zwiększenie kosztów finansowych. W pozycji H „Koszty finansowe” – zwiększenie w planach finansowych oddziałów o 71.000 tys. zł, co jest związane z utworzeniem rezerw na odsetki od już wspomnianych zobowiązań z postępowań sądowych.

Proszę państwa, po analizie zwiększonych przychodów, które tu wskazaliśmy w dwóch pozycjach, mogliśmy odpowiednio zmniejszyć przychody z należnej składki brutto. Z tego wynikają kwoty wskazane zgodnie z zasadami tworzenia naszego budżetu. I o taką opinię Wysokiej Komisji występujemy.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy pan minister chciałby coś do tego dodać?

**Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:**

Nie, dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. W związku z tym, otwieram dyskusję. Proszę uprzejmie, pani posłanka Hrynkiewicz.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Chciałabym podziękować pani prezes za bardzo interesujący materiał i bardzo interesujące wprowadzenie. Muszę powiedzieć, że nie mogę wyjść ze zdumienia, że wtedy, kiedy szpitale i inne placówki nie mają na leki, pani przetrzymuje pieniądze w depozycie u ministra finansów, wprawdzie oprocentowane – owszem, zarabia pani na tym. U ministra finansów przetrzymuje pani depozyty, zamiast zlikwidować ten proceder, jakim są postępowania sądowe w stosunku do placówek. Nie zastawia się pani, jak to rozwiązać, tylko pani spokojnie przetrzymuje pieniądze w depozytach, żeby pokrywać zobowiązania sądowe, odsetki od zobowiązań itd. Czy pani zdaje sobie sprawę z tego, że ja płacę składki po to, żeby były pieniądze, ale nie na przetrzymywanie u ministra finansów, nie na depozyty sądowe i odsetki od depozytów sądowych, tylko po prostu na leczenie? Wszyscy płacimy składki po to, żeby były pieniądze na leczenie, a pani obowiązkiem jest bardzo staranne gospodarowanie publicznym groszem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zatem, bardzo bym prosiła o bardzo szczegółową analizę – jakie to są zobowiązania, w stosunku do kogo? W moim okręgu wyborczym chciałam się dowiedzieć od pani prezes wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, jakie są zobowiązania i nie uzyskałam tej informacji. Dowiedziałam się, że ich nie ma, a potem ze sprawozdań dowiedziałam się, że są. Może więc od pani dowiem się, jak to się rozkłada na poszczególne regiony, jeśli chodzi o te zobowiązania. Z jakiego powodu są te postępowania sądowe i jakie zamierza pani przedsiębrać działania, aby takich procederów, jak sądzenie się Narodowego Funduszu Zdrowia ze szpitalami, było jak najmniej, i żeby nie była to reguła postępowania?

Wiem od dyrektorów szpitali, że dyrekcje wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia naciskają na dyrektorów mówiąc im, że jeżeli nie ustąpią, nie wycofają lub nie zmniejszą swoich roszczeń, to będą mieć gorsze kontrakty na rok następny. Taka praktyka nie może występować w publicznych instytucjach, pani prezes. To nie jest do przyjęcia, żeby coś takiego występowało.

Bardzo więc bym prosiła, żeby pani wyjaśniła sprawę tych depozytów u ministra finansów i nadwyżek, które powinny być przekazywane na bieżące uregulowania, a nie na różnego rodzaju odsetki, bo to nie zwiększa funduszu na leczenie… Wiem, że może ministrowi finansów jest bardzo przyjemnie trzymać takie depozyty, bo to jest najtańszy kredyt – takiego nigdzie nie udzielają na takie oprocentowanie – ale nie służy to pełnienia funkcji, do jakich został powołany Narodowy Fundusz Zdrowia, zapewniam panią.

Następna sprawa dotyczy wydania i utrzymywania kart ubezpieczenia zdrowotnego. Nie mogę wyjść z podziwu, że państwo nieustannie te karty wydajecie i utrzymujecie. Jeżeli wydaje się grube miliony w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i jeżeli potem słyszę od ministra Boniego, że ona ma 100.000 tys. zł, a minister zdrowia ma 250.000 tys. zł na jakieś systemy informacyjne, ale tylko po to, żeby zidentyfikować, ile osób płaci, a ile nie płaci, to ja z moimi studentami mogę bezpłatnie, w ramach czynu społecznego, to sprawdzić, bo w Polsce jest bardzo dobra statystyka publiczna. Na podstawie tej statystyki – statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i pomocy społecznej – ja pani to wyliczę, i niech pani przekaże wreszcie te pieniądze na leczenie, bo naprawdę jest wiele niezaspokojonych potrzeb w różnych dziedzinach, w różnych regionach i taka rzecz jest niemożliwa do przyjęcia – proszę wybaczyć. Proszę też wyjaśnić, z jakiego powodu są niższe dochody – myślę o pozycji 1.1 „składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki od ZUS”. Czy to wiąże się z niższym poziomem zatrudnienia niż był zakładany, z niższymi wynagrodzeniami? Jak pani wie, te wynagrodzenia zmalały zarówno w roku 2011, jak i w roku 2012. Czy to o to chodzi? Czy to jest główna przyczyna, czy są trudności z poborem składek? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. czy ktoś z pan i panów posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę uprzejmie.

**Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Chciałabym, żebyśmy tę dyskusję usystematyzowali, bo – choć nie zamierzam odpowiadać za panią prezes – w procedurze kontraktowania i w procedurze wykonywania świadczeń pojawia się liczba świadczeń wykonanych ponad zawarty kontrakt. W tym zakresie na pewno – jak w każdej podobnej sytuacji – jest możliwa zarówno procedura rokowań, jak i procedura sądowa. Zapewne musimy zrozumieć, ile mamy środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, aby takie zobowiązania czy procedury ratujące życie zostały wykonane. Chciałabym, abyśmy poruszali się w tym odpowiedzialnie. Ważne jest dla nas, aby było jak najwięcej środków na leczenie i abyśmy się również przyglądali, jakie jest w poszczególnych jednostkach zaangażowanie w wynagrodzenia, czyli koszty funkcjonowania, a ile przeznacza się na leczenie, bo to inaczej wygląda w różnych szpitalach, w różnych placówkach. Powiem, że są jednak szpitale, które, jak wynika z rankingu „Rzeczpospolitej”, są dobrze zarządzane, nie mają długów. Zatem, generalnie, jeżeli są takie sytuacje, to musimy te sprawy oddzielać.

Przejdę teraz do pytania. Narodowy Fundusz Zdrowia próbuje zwiększyć kwotę, która jest przeznaczona na dodatkową rezerwę na odsetki. W tym zakresie zaplanowana jest określona kwota, która wynosi prawie 72.000 tys. zł. W związku z tym, chciałabym zapytać o samą procedurę. Jeżeli dochodzi do zgłoszenia sprawy do sądu w celu rozstrzygnięcia, czy należą się dodatkowe pieniądze dla jednostki, dla świadczeniodawcy, czy nie, to tworzy się rezerwę w centrali. Wydawałoby się, że koszty odsetkowe pojawiają się w tym samym momencie. A zatem, jeśli jest podstawa do utworzenia dodatkowych odsetek od postępowań sądowych, to czy, i o ile, zwiększa się rezerwa na procesy sądowe? To jest moje główne pytanie dotyczące roku 2012.

Chciałabym, żebyśmy rozmawiając o tych wolnych środkach – bo myślę, że pani prezes odpowie na pytanie pani poseł, która przede mną zabierała głos – musieli mówić o finansach publicznych jako o całości, bo, z jednej strony, domagamy się… Dzisiaj przyjęliśmy opinię Komisji dotyczącą części budżetowej – zdrowie, gdzie zwiększają się pieniądze na niektóre świadczenia. Przypomnę, że na ratownictwo medyczne w okresie pięciu lat nastąpiło co najmniej czterokrotne zwiększenie środków – jeśliby można porównać – z 500.000 tys. zł do prawie 2.000.000 tys. zł, i te pieniądze są sukcesywnie przekazywane.

Prosiłabym więc panią prezes o poinformowanie, jakie przepisy – bo nie ma dowolności – dotyczą przekazywania środków do ministra finansów. Może główne pytanie dotyczy ustalania wysokości oprocentowania z takiej rezerwy, ale to pewnie kolejna sprawa. Ponadto – czy, i jak, ustawa dotycząca refundacji leków wpływa na realizację planu finansowego na rok 2012? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

**Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Pani prezes, omawiała pani pozostałe przychody. Mam szczegółowe pytanie, ponieważ tu nie zostały wyspecyfikowane te pozostałe przychody, a jednak jest to pozycja, która znacząco wzrasta. Czy byłaby możliwość, żeby wyspecyfikować, z czego składają się te pozycje, i czy to wynika z jakichś konkretnych przyczyn, czy tylko ze złego oszacowania na początku konstruowania planu? Czy były jakieś inne przyczyny?

Drugie moje pytanie dotyczy zarówno przychodów finansowych, jak i kosztów finansowych. Co spowodowało, że dokonujemy tak znaczącej korekty zarówno po stronie przychodów finansowych, jak i kosztów finansowych? Czy nastąpiły istotne zmiany w zakresie kontraktowania i umów z bankami, gdzie przechowywane są środki? Czy to jest powód, czy jest inna przyczyna tego, że te przychody i koszty były niedoszacowane? Z czego to wynika? Czy może oprocentowanie depozytów uległo znaczącym zmianom i stąd ta korekta? To chyba wszystko. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

**Poseł Elżbieta Gelert (PO):**

Dziękuję bardzo. Pani prezes, mam pytanie odnośnie do wynagrodzeń w roku 2013. Jest wzrost wynagrodzeń…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Panie poseł, dopiero będziemy o tym rozmawiać, bo to jest następny punkt. Teraz omawiamy rok 2012. Bardzo przepraszam, od razu udzielę pani głosu.

Jeszcze ja chciałbym zadać dwa pytania. Te zmiany, o których dzisiaj mówimy, dotyczą zaledwie 0,1% albo 0,15% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, więc pewnie nie warto o tym, zbyt dużo dyskutować, jednak interesują mnie trendy, na temat których chciałbym uzyskać informacje, bo to będzie rzutować na to, co jest naszym następnym punktem, czyli zmianę planu finansowego na 2013 r., przy czym one nie dotykają tego druku, który mamy przed sobą.

Pierwsza sprawa. Czy trend dotyczący zmniejszenia składki należnej brutto równej przypisowi składki jest malejący? Jeżeli tak, to czy one będzie się systematycznie zmniejszać, czy nie. To jest poważna sprawa. Jeżeli tak, to jakie są przyczyny tego, że dzieje się tak, a nie inaczej – przypomnę, że przyczyny mogą być różne. Czy to jest kwestia spadku dynamiki płac? Czy to jest kwestia wzrostu bezrobocia, czy wzrostu liczby umów „śmieciowych", które są przecież inaczej oskładkowane, jeżeli chodzi o składkę zdrowotną? Które z tych przyczyn jako Fundusz widzicie w pierwszej kolejności, a których wyeliminowanie może ewentualnie zapobiec dynamice przypisu składki, głównie od ZUS-u – bo, jak wiemy, od rolników jest inaczej? W przyszłym roku będzie to pewnie policzone całościowo, po raz pierwszy, według nowych zasad. Rewelacji się nie spodziewam – mówimy o 10%, a nawet mniej niż 5% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Jakie więc są przyczyny tego, że zaznaczył się spadek poboru składki, i co należy robić, żeby temu przeciwdziałać?

Druga sprawa wiąże się ze zwiększeniem przychodów. To zwiększenie państwo określili na około 86.000 tys. zł, przy czym podano kilka powodów wzrostu tych przychodów. Mnie interesują tylko dwie pozycje. Czy Narodowy Funduszu Zdrowia obudził się i „wlepia" kary, że nagle ma wzrost przychodów? Jeżeli tak, to jaki był poziom nakładania kar na świadczeniodawców z powodu różnych naruszeń. Poza tym, po raz pierwszy pojawiła się – oczywiście w uzasadnieniu, bo nie wiem, o jakiej sumie mówimy – kwestia *payback*'u. Czy państwo mają już doświadczenia i czy mogą szczegółowo przedstawić – jeżeli nie teraz, to na piśmie – jak po dziesięciu miesiącach, albo po pewnym okresie, działa ten mechanizm dotyczący podziału ryzyka? Jak on będzie finansowany, bo wiemy, że ustawa w założeniu była nieco inna i ryzyko nie było dzielone, tylko w całości było przerzucone na podmiot odpowiedzialny, a w tej chwili jest dzielone? Czego, w związku z tym, należy się spodziewać na koniec? Jaka jest dynamika payback'u i czy on rzeczywiście się poja-

wił wobec gwałtownego spadku kosztów związanych z refundacją leków? Podejrzewam, że na dzisiaj oszczędności Narodowego Funduszu Zdrowia to miliard. I choćby nie wiem, jakie leki innowacyjne wprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia w listopadzie – czego oczywiście nie zrobił, bo poza leczeniem prostaty – w przypadku kilku tysięcy ewentualnych pacjentów – i astmy – też w niektórych przypadkach – to nie sądzę, żeby była jakaś dynamika, żeby ten miliard wydać. Nie da się go wydać – po prostu jest za późno. Czy w związku z tym, nie warto było zastanawiać się nad tym miliardem złotych, który gdzieś jest. Czy chcecie uszczęśliwić świadczeniobiorców pod koniec? Ta suma jest poważna, ale jednocześnie jest mocno zabetonowana kadrowo. Chodzi więc o sprawę payback'u.

I na zakończenie coś, co już było poruszane – mówiła o tym pani profesor Hrynkiewicz. Jest to kwestia lokat oraz przychodów i kosztów finansowych – głównie przychodów.

Niepokoi mnie to, bo chyba nie zmieniła się strategia wykorzystywania różnego rodzaju źródeł finansowych, czyli lokowania. Ona zawsze była taka sama. Co więc się stało? Czy poprzedni prezes to był jakiś inwalida, który nie potrafił lokować nadwyżek zgodnie ze sztuką, czy też ta nadwyżka nie pochodzi z refundacji leków? Bo w przychodach pokazała się niezła kwota – 70.000 tys. zł. Proszę państwa, trzeba nalokować miliardów na pół dnia czy na dzień, żeby przy oprocentowaniu 2-3% zarobić 70.000 tys. zł. To z czego nagle ten plan finansowy, jeżeli chodzi o przychody finansowe, zwiększył się – cytuję – o 318%? Gratuluję takich planistów w Narodowym Funduszu Zdrowia, którzy trzykrotnie „przestrzelili" odpowiednie kwoty. Dziękuję. Proszę bardzo.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o pytania dotyczące przychodów z lokat, powiem, że w Funduszu obowiązuje procedura efektywnego wykorzystania środków. Na podstawie komunikatu Ministerstwa Finansów, ten procent jest każdorazowo wskazany dla takiej instytucji, jak my. Nie wynika to z żadnych oszczędności na świadczeniach, pacjentach czy świadczeniodawcach. Te pieniądze w całości, zgodnie z planem, są wydatkowane właśnie na świadczeniodawców i na pacjentów. Bywa tak – państwo zapoznawali się także z wykonaniem planu za pierwsze półrocze, przedstawianym i jawnym – że część podmiotów, na przykład, nie wykonuje całości świadczeń za pierwsze półrocze na ponad 600.000 tys. zł, ale może je wykonać w późniejszym okresie. Te wolne środki – myślę, że to jest przejawem dobrego gospodarowania – są w ten sposób zabezpieczone na zawarte już umowy… Trudno jest mi odnosić się do samego elementu tworzenia planu, ale oczywiście jest ciągłość instytucji, i w tej chwili za nią odpowiadam. Rzeczywiście, patrząc na kwotę przychodów z lokat, wydaje się, że była nieco niedoszacowana. W tej chwili jest urealniona bardzo dokładnie, na podstawie nie dziewięciu, a już dziesięciu miesięcy, i prognozy na ostatnie dwa lata. Jednak dla uspokojenia pani poseł powiem, że w całości jest to przeznaczone na świadczenia zagwarantowane. Dobrze, że dodatkowe pieniądze mogą się znaleźć, na przykład, na świadczenia ponadlimitowe.

Odnośnie do postępowań sądowych, jeżeli państwo sobie życzą, dysponujemy szczegółowymi informacjami na temat liczby spraw sądowych w każdym oddziale, w każdym województwie i kwot roszczeń, które są zgłaszane przez świadczeniodawców.

Limitowanie świadczeń jest wpisane w pewne ryzyko i charakter ustawy, jaką w tej chwili mamy. W związku z tym, kwestie spraw sądowych – oby było więcej ugód, które też są zawierane – są jakby wpisane w charakter tej działalności. Niezmiennie trend jest taki, że wysokość zasądzanych odszkodowań jest na poziomie 20% zgłaszanych roszczeń, bo – jak wiemy – zgodnie z utrwalonym już orzecznictwem Sądu Najwyższego, sąd analizuje zwłaszcza procedury ratujące życie. Tych procesów na obecnym etapie nie unikniemy, ale odpowiadając na pytanie pani poseł, co robimy, żeby temu zapobiec, powiem, że na przykład w planie zakupów na rok następny oddziały miały za zadanie zwiększyć w planach pozycję na intensywną terapię, czyli na te pozycje, gdzie z istoty rzeczy jest więcej procedur ratujących życie, żeby nie czekać później na zapłatę do końca roku, tylko żeby szpitale mogły ją otrzymywać. Staramy się więc w ramach tych środków, które posiadamy, pewnymi decyzjami wewnątrz Funduszu, tam, gdzie są świadczenia ratujące życie, które trudno limitować, zapobiec przyszłym roszczeniom, bo zgadzam

się z tym, że w pewnych zakresach – jak podany przykład intensywnej terapii – kwestia dyskusyjności jest zdecydowanie mniejsza niż tam, gdzie można lepiej planować środki.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, i pani poseł, to możemy teraz przedstawić informację na temat tego, ile w danych oddziałach jest spraw, i na jakie kwoty dysponujemy dzisiaj takimi informacjami.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Myślę, żeby odpowiedzieć pisemnie, bo to będzie skomplikowana rzecz. Dziękuję.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Odnośnie do kolejnych pytań – niższe wpływy, które oczywiście podlegają stałemu monitorowaniu, wynikają z mniejszych wpływów składki ZUS-owskiej, głównie w małej części KRUS-owskiej. Patrząc na trend, od 2008 r. ten wpływ jest wyższy – między 2008 r. a 2009 r. był wzrost o 7,38%, w kolejnych latach 4,25% i 5,95%. Między wykonaniem w roku 2011 a 2012 r., ten wzrost wpływów z ZUS-u założono na poziomie 7,08%, co wobec aktualnej sytuacji wpływu składek okazało się zawyżone. Aktualnie wnosimy o obniżenie o 0,04%. Na ten cel najprawdopodobniej będzie także rezerwa ogólna, ale jest to przeprowadzane na innych zasadach procedury. Rzeczywiście, obserwujemy stały trend od lutego, bo w styczniu – jedynym miesiącu – była inna sytuacja wynikająca ze zmiany przepisów ZUS-owskich – firmy zapłaciły pracownikom wszystko, co mogły, żeby w lutym nie płacić wyższej składki ZUS-owskiej. Dlatego jedynie w styczniu wysokość składki przekroczyła znacznie trend. Od lutego obserwujemy stały trend poniżej zakładanego wzrostu wpływów ze składek.

Wysoka Komisjo, trudno mi się odnieść bezpośrednio do tego, która z tych pozycji ZUS-owskich – czy wpływy ze składek pracowniczych, czy wpływy z umów cywilnoprawnych – stanowi bezpośrednią przyczynę. My otrzymujemy te świadczenia z ZUS-u en bloc. Oczywiście, obserwujemy ten trend – jest on jednolity. Niestety, mniejszy niż zakładano wzrost zatrudnienia, niższa zgłaszalność nowych pracowników, a także niższe przychody ze składek cywilnoprawnych. We wszystkich tych elementach obserwujemy ten zmniejszony trend.

Wiedzą także państwo ze swoich prac, że wskaźniki zakładane w czerwcu ubiegłego roku, kiedy zgodnie z procedurą Wysoka Komisja opiniowała plan Funduszu, później, kiedy Wysoka Izba pracowała nad planem budżetu dla państwa, były już niższe w drugiej połowie roku. Mogę powiedzieć, że mieliśmy to nieszczęście – mówiąc w cudzysłowie – że bazowaliśmy na wskaźnikach z pierwszego półrocza, z czego wynika utrzymujący się trend od lutego do tego momentu niższego wpływu. Zdecydowanie mogę powiedzieć – odpowiadając na pytanie pani poseł – że nie są to trudności z poborem, tylko widoczny mniejszy wpływ.

Procedura tworzenia rezerwy także jest ustalona i modyfikowana na bieżąco. Polega na tym, że tworzymy rezerwy – bo jest to pokazywane w tej zmianie planu w kilku pozycjach. Rezerwa na należność główną z roszczenia jest tworzona po przegranym procesie w pierwszej instancji – na tę kwotę jest tworzona rezerwa, po czym odsetki są odpowiednio do tej kwoty obliczane i tworzona jest w odpowiedniej pozycji rezerwa na odsetki, które są aktualizowane co kwartał. Z tego wynika pewna dynamika tej kwoty i dlatego jesienią zgłaszamy państwu nieco inne informacje, co nie wynika ze złego planowania, a ze stanu faktycznego, który istniał przez 9 miesięcy.

Pozostałe przychody – za chwilę oddam głos panu dyrektorowi Jarnutowskiemu, który wskaże dokładne kwoty pozostałych przychodów zwiększonych. Jak powiedziałam wcześniej, jest to główny element wejścia w życie ustawy refundacyjnej, bo w momencie tworzenia planu nie można było jeszcze określić tych kwot. Proszę bardzo, panie dyrektorze.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę bardzo.

**Dyrektor departamentu w NFZ Dariusz Jarnutowski:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, kwoty zaplanowane w zwiększeniu pozostałych przychodów wynikają z instrumentów dzielenia ryzyka, czyli z instrumentów, które są zaszyte w decyzjach ministra zdrowia o objęciu refundacją, o częściowym zwro-

cie kwoty refundacji za zrefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia leki i wyroby medyczne. Natomiast *payback*, o którym wspomniał pan przewodniczący, określony w ustawie, jest naliczany dopiero po zamknięciu całego roku. Po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012, w przypadku, jeżeli dojdzie do przekroczenia całkowitego budżetu na refundację w części dotyczącej refundacji leków aptecznych, będzie wyliczany *payback* i wnioskodawcy otrzymają informacje o należnych kwotach do wpłaty do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Natomiast jeśli chodzi o specyfikację pozostałych przychodów, to – tak jak już pani prezes wspomniała – szacujemy, że tych przychodów z tytułu instrumentów dzielenia ryzyka w roku 2012, do końca roku – ponieważ są one rozliczane w cyklach miesięcznych – będzie na około 76.000 tys. zł. Pozostała kwota zwiększenia – około 10.000 tys. zł – to są rozwiązane rezerwy na sprawy sądowe, utworzone w poprzednich latach, na około 5000 tys. zł, jak również niewielkie wpływy z kar umownych nałożonych na świadczeniodawców. Przy czym od razu informuję, że kary, które obserwujemy w tym roku, są niższe od odnotowanych w roku ubiegłym.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że te wyjaśnienia, poza częścią pisemną dotyczącą podziału na odpowiednie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, której przygotowanie pani prezes zadeklarowała, zostaną przekazane pani poseł Hrynkiewicz. Sądzę, że dobrze by było, gdyby taki druk wpłynął do wiadomości prezydium Komisji.

Kończąc, chciałbym odnieść się do wypowiedzi pani poseł Skowrońskiej. Pani przewodnicząca, Państwowe Ratownictwo Medyczne nigdy nie miało finansowania na poziomie 500.000 tys. zł. Pierwsza kwota w 2007 r. – bo nowa ustawa wchodziła w 2006 r. – to 1.200.000 tys. zł. Jest wzrost, zgadzam się z tym, ale nigdy nie było 500.000 tys. zł. Proszę uprzejmie.

**Skarbnik Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Hanna Gutowska:**

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Chciałabym zadać pytanie – jak ocenia pani sytuację związaną z tym, że na lekach – brzydko mówiąc – są oszczędności? Czego jest to przyczyna? Poprzednio mówiliśmy o tendencji spadku wysokości wpływu składki. Jak państwo oceniają – co jest przyczyną i jak to może się kształtować dalej, bo zgodnie z tym, co do nas dociera od naszych pacjentów – mamy wiele takich sygnałów – przyczyną takiej sytuacji może być to, że recepty są wystawiane na 100% odpłatność? Gdyby pani prezes zechciała nam udzielić odpowiedzi…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Pominę to pytanie. Jutro jest posiedzenie Komisji Zdrowia dotyczące 10 miesięcy refundacji. Myślę, że dzisiaj jest to pytanie poza zmianami planu finansowego. Myślę, że jutro będzie na ten temat rozmowa. Pani przewodnicząca, niech pani zrozumie, że dzisiaj w programie mamy jeszcze jeden punkt dotyczący zmiany planu finansowego, a nie z części szczegółowej. Słucham.

**Skarbnik NRPiP Hanna Gutowska:**

Z tego, co zrozumiałam, część dzisiejszych obrad obejmuje poprawki w budżecie na rok 2012. Ponieważ pani prezes wspomniała o tym miliardzie złotych, który jest z leków – jeśli dobrze zrozumiałam – pozwoliłam sobie zadać to pytanie. Myślę, że odsyłanie nas na jutro, panie przewodniczący…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Niestety, odeślę na jutro, ponieważ mówimy o dwóch różnych rzeczach. Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest budżetem państwa. Będzie, jeśli władzę zdobędzie opozycja – daj Boże! To jest kwestia planu finansowego na 2013 r., który został zatwierdzony. Dzisiaj rozpatrzymy następny punkt – może spróbuję dopuścić panią do głosu na ten temat, aczkolwiek zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013 obejmuje zawrotną kwotę 7100 tys. zł wobec ponad 60.000.000 tys. zł. W związku z tym, pewnie dopuszczę to pytanie, bo nie będzie nad czym dyskutować.

Czy są jeszcze chętni do zabrania głosu w tym punkcie, dotyczącym zmiany plan u finansowego na rok 2012? Jeżeli nie, to powinniśmy wydać opinię. Będzie to opinia nr

9. Jest propozycja, żeby uznać, że Komisja zapoznała się ze zmianą i pozytywnie zaopiniować tę zmianę, tym bardziej, że ma ona charakter kosmetyczny. Jeżeli są inne propozycje lub sprzeciw, to poddam to pod głosowanie. Nie słyszę sprzeciwu. Uznaję więc, że Komisja przyjęła opinię nr 9, w której Komisja pozytywnie opiniuje projekt zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2012. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do rozpatrzenia następnego punktu – przyjęcia opinii dotyczącej projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013. Proszę bardzo, pani prezes.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, dziękuję za pozytywną opinię poprzedniego projektu. Pozwolę sobie także, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, nadrobić pewien brak i przestawić państwu panią Wiesławę Annę Kłos, wiceprezesa do spraw finansowych Funduszu od kilku tygodni, która – jeśli państwo pozwolą – także będzie z państwem współpracować…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Bardzo się cieszymy. Witamy. Oczywiście, myślę, że nie tylko będzie współpracować, ale niejednokrotnie będzie zmuszona do współpracy. To pani prezes gwarantuję. Na razie niech pani wyciągnie wniosek, że „przestrzelenie” szacunku o 300% to jest jednak błąd planistów. Dziękuję.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Szanowni państwo, przystępujemy zatem do omówienia projektu zmiany planu finansowego na 2013 r. De facto ma ona w pewnym stopniu także charakter porządkowy. Wynika to z tego, że już po zaopiniowaniu przez państwa i przyjęciu planu na 2013 r. w terminach ustawowych, 27 lipca tego roku, najpierw przez Sejm, a potem przez Senat, została przyjęta zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która dotyczy kwestii ewidencji ubezpieczonych, o czym państwo doskonale wiedzą, także na podstawie przyjętej ustawy, a więc sprawy elektronicznego potwierdzenia prawa do świadczeń.

W momencie procedowania planu prace nad ustawą jeszcze były w toku – nie można było na podstawie niepełnego stanu prawnego założyć, że te koszty będą z góry przesądzone. W związku z tym, przedmiotem zmiany planu jest zmniejszenie pozycji F „pozostałe koszty” o wspomnianą kwotę 7514 tys. zł – jest to w pozycji F3 „inne rezerwy” – i zwiększenie w pozycji D „koszty administracyjne” o tę samą kwotę. Zgodnie z art. 50 już obowiązującej ustawy, na płatniku – Narodowym Funduszu Zdrowia – ciążą dwa obowiązki. Po pierwsze, z ust. 18 art. 50, teraz mocno rozbudowanego, wynika obowiązek windykacji kosztów świadczeń uzyskanych przez osoby nieuprawnione. Do tej to świadczeniodawcy, ponosili ryzyko tego, że dana osoba była nieuprawniona, przedstawiła nie takie dokumenty lub z jakichś względów świadczeniodawca popełnił błąd. Teraz, jeżeli taka osoba przedstawi dokumenty lub złoży oświadczenie, że jest uprawniona, a nie będzie, to na Funduszu, a nie na świadczeniodawcy będzie ciążyć obowiązek windykacji. Musimy więc do tej windykacji się przygotować W związku z tym, wskazane jest, abyśmy na ten cel mieli właściwe pieniądze, bo bieżącymi siłami tego obowiązku nie wykonamy. Oczywiście, te osoby są aktualnie zaangażowane, a szczególnie pani prezes, aby ten proces windykacji już opracowywać i przygotowywać rozkładając obowiązki na oddział, a koordynację na centralę.

I drugi obowiązek. W ust. 3 wspomnianego art. 50 wprowadzonego przez nowelizację, odnośnie do elektronicznego potwierdzania uprawnienia do świadczeń, w tej chwili jako Fundusz prowadzimy Centralny Wykaz Ubezpieczonych, ale on teraz będzie mieć wymiar elektroniczny, bieżący. Dzisiaj także jesteśmy po rozmowach z grupą świadczeniodawców, którzy mogą testować ten system i bezpośrednio sprawdzać uprawnienie świadczeniodawców. Wskazana kwota wynika z założonego wynagrodzenia na jeden etat, kosztów pochodnych ubezpieczenia. Ta założona kwota to 5125 zł – zwiększenie zatrudnienia w całym Funduszu, które jest wskazane wprost w ustawie już przyjętej przez Sejm. Tam są wskazane te dodatkowe etaty – w centrali 6 etatów na utrzymanie działania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, na tę weryfikację i 3 etaty na koordy-

nację windykacji w całym kraju, w pozostałej części, w oddziałach 94 etaty uzależnione od wysokości liczby ubezpieczonych i wielkości danego oddziału. Jak powiedziałam, 94 etaty na windykację w całej Polsce, to jest duże zadanie. Ci z państwa, którzy mieli lub mają kontakt ze świadczeniodawcami, wiedzą, jakim problemem dla świadczeniodawcy jest windykacja od osoby, która często jest już zagranicą lub podała dane nie całkiem wiarygodne. Jest to duży wysiłek logistyczny i merytoryczny dla Funduszu. Oczywiście, mówimy o rzeczach zawsze budzących pewne wątpliwości, a mianowicie o kosztach administracyjnych, ale trzeba pamiętać, że jest to firma, która 1,1% swoich przychodów poświęca na obsługę administracyjną i zgodnie z założeniami ustawy, niezbędne jest wzmocnienie tych sił na te dodatkowe obowiązki wynikające z tej ustawy. Stąd taki projekt o charakterze nieco porządkującym, bowiem w planie już zaopiniowanym i zatwierdzonym ta pozycja była zaakceptowana, ale w innej pozycji planu – czyli nie wnosimy o środki dodatkowe, tylko o przesunięcie z pozycji „inne rezerwy" do pozycji „koszty administracyjne" zadań z ustawy przyjętej w lipcu bieżącego roku. Dlatego o to wnoszę i proszę Wysoką Komisję o pozytywną opinię tej zmiany planu.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy pan minister chciałby jeszcze coś dodać do tej krótkiej wypowiedzi?

**Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:**

Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Czy są pytania? Proszę uprzejmie, pani poseł.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Ja jednak będę uparcie pytać, jakie są związki między trzema systemami: systemem NFZ-u, systemem Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz systemem, który tworzy pan minister Arłukowicz – publicznie oświadczył, że taki system tworzy. Ile to wszystko ma jeszcze kosztować? Jeżeli pani chce wydać 7500 tys. zł na zatrudnienie tych osób, które będą windykować opłaty od tych, którzy nie zapłacili, to chciałabym zapytać, ile tych niespłaconych należności od tych, którzy skorzystali z usług ochrony zdrowia, jest za rok 2011? Czy to w ogóle się opłaca? Jaki jest koszt utrzymania tego systemu? To nie jest tylko kwestia, pani prezes, zakupienia komputerów i zatrudnienia ludzi. To jest także kwestia utrzymania tego systemu. Jakie pani ma uprawnienia, bo Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma uprawnienia do windykacji? A pani jakie ma? Do sądu będzie pani występować? Ile kosztuje utrzymanie tego aparatu sądowego? Czy pani ma własny aparat prawny, który pani utrzymuje, czy wynajmuje pani jakąś firmę prawniczą i płaci pani adwokatom, którzy prowadzą takie sprawy w imieniu NFZ-u? Ile to wszystko kosztuje? Przecież Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma uprawnienia do windykacji. Może skorzystać z ich aparatu? Może im to zlecić?

Ja oczywiście jestem przeciwna stosowaniu takich windykacji, bo naprawdę nie opłaca się tworzenie takiego systemu. Za chwilę będzie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Panie przewodniczący, może byśmy się skupili któregoś dnia na posiedzeniu Komisji i dowiedzieli się, jak te systemy mają ze sobą współpracować – system Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, system NFZ-u, system ministra zdrowia i system Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Ile tego ma być? Kto ma się tym zajmować?

Pani podaje, że to jest 5125 zł. Ja wyliczyłam, że to jest 6079 zł – po prostu podzieliłam tę kwotę na 103, a potem na 12 – oczywiście, jeśli oni wszyscy będą zatrudnieni 1 stycznia. A nie będą, prawda? To na co jeszcze te pieniądze będą wydawane?

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś pytania, wnioski? Proszę bardzo, panie przewodniczący.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pani prezes, panie ministrze, myślę, że rzeczywiście postulat, który pani poseł przed chwilą wygłosiła, jest ze wszech miar słuszny, bo tak, jak w ogóle nie było monitoringu, i wiele razy na posiedzeniach Komisji mówiliśmy o uszczelnieniu

systemu – mówiąc o tym mieliśmy na myśli, między innymi, system informatyczny – to teraz słyszymy o różnych projektach, nie wiadomo, czy nakładających się, współistniejących czy rywalizujących ze sobą. Pani będzie wydawać środki na kontrolę, na prowadzenie tego systemu – abstrahuję od słuszności czy braku słuszności takiej decyzji od strony ekonomicznej. Mamy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które też ma realizować projekt. Spotykaliśmy się również z ministrem Bonim – były kolejne projekty i pomysły. Z kolei minister Arłukowicz mówił o swoim projekcie. Może rzeczywiście warto byłoby na to poświęcić jakieś posiedzenie Komisji, które dałoby odpowiedź, na jakim etapie jesteśmy, co – oprócz tych ciągłych projektów – jest realizowane, co i na jakim etapie będzie, i jak jeden system będzie się mieć do drugiego, tym bardziej, że sztandarowa ustawa o informatyzacji też wymagałaby się przyjrzenia szczegółom jej wdrażania, bo – chociaż terminy częściowo były dość odległe – jednak czas płynie. Niedługo minie kolejny rok. Warto więc byłoby wiedzieć, czy nie ma żadnych opóźnień. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, pani prezes, nieco szersza. Dotyczy generalnie planu na rok przyszły, a również tego na rok bieżący, o którym mówiliśmy przed chwilą. Miesiąc czy półtora miesiąca temu na posiedzeniu Komisji pani zastępca przekazał nam alarmującą informację związaną z ogólną sytuacją w gospodarce, zapewne nie tylko polskiej, dotyczącą nieściągnięcia na koniec sierpnia 806.000 tys. zł do NFZ-u. Skoro mówimy zarówno o korekcie planu finansowego na rok bieżący, jak i korekcie planu finansowego na rok przyszły, warto byłoby wiedzieć, jak ta sytuacja wygląda w tej chwili – jakie są perspektywy tego niedoboru środków do końca roku i czy w związku z tym nie należy dokonać pewnej korekty również planów na rok przyszły i zrobić coś więcej niż ta drobna zmian, o której dzisiaj dyskutujemy? Jeżeli w przyszłym roku będzie pieniędzy więcej, to znakomicie, ale być może na podstawie tych sygnałów już teraz należy wnioskować i w momencie, kiedy kontraktujemy świadczenia na rok przyszły, dokonać pewnej korekty w dół, nawet dość ostrożnej. Tyle z mojej strony. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

**Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Chciałabym zapytać panią prezes, ponieważ mówimy tu o przyjętej ostatnio modyfikacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która w zasadzie jest przyczyną korekty planu na rok 2013, a właściwie nie korekty tylko przesunięcia środków pomiędzy poszczególnymi planami. Chciałabym się dowiedzieć, czy Narodowy Fundusz Zdrowia jest przygotowany do wejścia w życie tej ustawy z dniem 1 stycznia 2013 r. Pamiętam, że w czasie prac nad tą ustawą przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, pan dyrektor Strug, zapewniał, że państwo, jeśli chodzi o infrastrukturę, są przygotowani i bez problemów będzie można to wdrożyć. To znaczy, że potwierdzanie prawa pacjenta do świadczeń poprzez bezpośredni kontakt pracowników poszczególnych placówek służby zdrowia z systemem CWU będzie przebiegać sprawnie i będzie to już system działający online. Czy tak to wygląda, i czy rzeczywiście nie będzie tu jakiegoś przesunięcia? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos? Jeśli nie, mam tylko jedno pytanie do pani prezes.

Mamy tu do czynienia z ponownym wzrostem kosztów administracyjnych – 103 etaty, 7000 tys. zł na ten cel. Przyjęliśmy tę ustawę. W zasadzie podzieliliśmy ten punkt widzenia, że dobrze, iż windykacją zajmie się Narodowy Fundusz Zdrowia, a nie szpitale, które miały z tym kłopoty, ale wygląda na to, że to jest kolejna okazja do zwiększenia zatrudnienia, a nie reorganizacji, tym bardziej, że pani prezes jest powoływana – jak już kiedyś mówiłem – nie jako kreator, ale jako likwidator tej jednostki. Tak przynajmniej zapowiada minister zdrowia. To, po pierwsze.

W związku z tym mam pytanie – o jakiej kwocie w ogóle mówimy? Czyli, jakiej wysokości są te windykacje, a więc środki finansowe, których nie można było ściągnąć od osób nieobjętych ubezpieczeniem? Czy mamy dane, o ile pieniędzy chodzi? Bo jeżeli jest

to 10.000 tys. zł, a 7000 tys. zł wydajemy na administrację, to każdy przeciętny zarządzający wie, że ten system koszt-efekt jest do niczego. Nie wolno zainwestować 7000 tys. zł w windykację, jeżeli problem jest niewielki. Działanie, żeby tylko się zgadzały papiery, przypomina mi księgowość PRL-u, gdzie szukano grosza wydatkując na to 100 tys. zł. Pytanie – czy macie dane, jakie środki powinny być wpłacone świadczeniodawcom przez świadczeniobiorców nieobjętych systemem ubezpieczenia, w tym gminy, bo przecież w części uczestniczą w tym samorządy? Dziękuję. Proszę bardzo.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Dziękuję bardzo. Odpowiadając kolejno na pytania, chciałabym uściślić w kwestii windykacji, że przedmiotem tej zmiany nie jest ściąganie składek, tylko zapłaty za świadczenia osób.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

O to chodzi…

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Tak, oczywiście, ale pani poseł o to pytała. My nie zastępujemy ZUS-u, nie zamieniamy się zasadami. ZUS jest nadal od ściągania tych składek, a my w tej chwili mamy za zadanie, na mocy przyjętej ustawy, odzyskać pieniądze za świadczenia udzielone osobom nieuprawnionym, które albo przedstawią nieuprawniające dokumenty, albo złożą nieprawdzie oświadczenie. Do tej pory ten obowiązek spoczywał na świadczeniodawcach. My jesteśmy realizatorem ustawy. Według uzasadnienia ustawy, przyjęte symulacje do obciążania pracą w tym zakresie, mówią o 150 tys. spraw rocznie, a więc 1600 sprawach na jeden etat rocznie. Takie były symulacje przyjęte na podstawie uzasadnienia do tej ustawy. Dane, które mogą być podstawą do wiedzy na ten temat, pochodzą od świadczeniodawców, zwłaszcza dużych – ambulatoryjnych poradni oraz szpitali – które do tej pory samodzielnie to prowadzą. W tej chwili ustawa przerzuciła ten obowiązek na Narodowy Fundusz Zdrowia…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Ile to jest – 100.000 tys. zł, 200.000 tys. zł, 500.000 tys. zł?

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Takich szacunków, proszę państwa, na dzisiaj nie mamy… Ale w uzasadnieniu do ustawy to przyjęto. Zależy też o jakie świadczenie chodzi, bo świadczenie może wynosić kilkadziesiąt złotych albo kilka lub kilkaset tysięcy. Będziemy państwa o tym na bieżąco…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Przepraszam, pani prezes. Proszę o wyciszenie rozmów. Proszę bardzo, pani prezes.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Dziękuję bardzo. Tak więc, na podstawie uzasadnienia do ustawy i treści samej ustawy jesteśmy zobowiązani do tych działań.

Drugie pytanie pani poseł dotyczyło podstawy i sposobu. Zgodnie z treścią art. 50 ust. 18, założono, że jest to decyzja administracyjna – nie postępowanie cywilnoprawne – na podstawie której będzie nadawany tytuł egzekucyjny, jeżeli ktoś tej decyzji nie zrealizuje. Po to są więc te etaty, żeby ci urzędnicy realizowali zadania administracyjne, czyli nie powierzali tego na zewnątrz na podstawie postępowania cywilnego sądowego, tylko administracyjnego. Tak to ustawodawca ustanowił, i tak mamy to zrealizować. Po to są te etaty. Ale one są w części dla egzekucji, a w części dla obsługi Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, który w Funduszu istnieje od początku funkcjonowania tej instytucji, tylko nie było uruchomionej funkcji bezpośredniego online systemu weryfikacji uprawnionych. W związku z tym, tu nie ma powielania z żadną inną instytucją prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. W systemie ubezpieczeniowym, nawet jeżeli jest to system narodowy, baza uprawnionych musi być zamknięta. W związku z tym, jest to ułatwienie – państwo to znakomicie wiedzą – od stycznia, kiedy była dyskusja na temat recept, kiedy były postulaty środowisk świadczeniodawców na temat możliwości sprawdzenia możliwie bezkolizyjnie uprawnienia, a także wygoda dla pacjentów, którzy nie będą musieli tych dokumentów przedkładać, co często komplikowało pla-

nowe świadczenia. To jest realizacja projektu przedstawionego Wysokiej Komisji przez pana ministra Boniego – to jest akt wykonawczy do tego projektu ewidencji Centralnego Wykazu Ubezpieczonych i nie ma związku z innymi, i innych nie powiela. Kwota, o której pani poseł mówiła – ja przedstawiłam kwotę brutto. Do tego dochodzą oczywiście pochodne ZUS-owskie, które też są jasno obliczalne – stąd ogólna wartość podana. Ta kwota, to jest brutto wynagrodzenie, a do tego dochodzą pochodne ZUS-owskie, które są po stronie pracodawcy, jak wiemy.

Jeszcze raz odnosząc się do pytania pana przewodniczącego – nie mówimy tu o niższej ściągalności, tylko – jak już odpowiadałam na pytanie pana przewodniczącego odnośnie do poprzedniego punktu – o niższych wpływach, które śledzimy i które oczywiście nie są dla płatnika korzystne. Na razie z tym problemem sobie radzimy – podejmiemy pewnie procedurę uruchomienia rezerwy ogólnej, głównie na ten cel, ale jest to niekorzystne, bowiem zakładaliśmy możliwość wydania dla świadczeniodawców większych pieniędzy niż wskazują na to tegoroczne wpływy. Jednak oczywiście firma jako taka, biorąc pod uwagę przychody i koszty, na razie jest równoważona. Podzielam pewien niepokój odnośnie do przyszłego roku, na razie śledzimy ten rok, ale pragnę przypomnieć, że plan na 2013 r. był oparty na wskaźnikach zdecydowanie bardziej ostrożnych niż te, na bazie których tworzono plan na 2012 r. Oczywiście, śledzimy to na bieżąco. Jak powiedziałam, ten trend od lutego utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Biorąc pod uwagę kolejny zamknięty miesiąc, na którego wyniki czekamy, będziemy wiedzieli, jak to się ma do potencjalnej sytuacji w przyszłym roku. I oczywiście będziemy z państwem także o tym rozmawiać. Na razie mamy zmniejszone wpływy do 2012 r., a na 2013 r. zdecydowanie niższe wskaźniki – także zakładany jest wzrost przychodów, ale ostrożnie. Mamy więc nadzieję, że nie będziemy obserwować takich trendów, jakie ostatnio przedstawiał państwu pan prezes Teter, i które rzeczywiście utrzymują się na tym samym poziomie.

Już wspomniałam przedstawiając ten projekt – zawsze niezręcznie jest rozmawiać o kosztach administracyjnych – ale przypomnę, że jeżeli chodzi o koszty administracyjne, to Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje na to 1,1% swoich przychodów. Patrząc na koszty, jakie takie instytucje ponoszą na świecie, i porównując z innymi instytucjami, to naprawdę jesteśmy oszczędną instytucją w tym zakresie.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. O głos poprosili jeszcze pani poseł Zalewska i pan poseł Orzechowski.

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Dziękuję. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, pani prezes; być może, to pytanie do pani wiceprezes. Jeżeli pani prezes, wspominając o sprawach prowadzonych przez różnego rodzaju placówki, mówi, że jest ich 150 tys., to nie wyobrażam sobie zbierania tego typu danych bez wiedzy, jakich kwot, jakich spraw i jakich procedur dotyczą. Wyliczenie jest bardzo proste, chyba że nie ma żadnej zbiorczej informacji. Państwo to z grubsza i spod palca oszacowali i w związku z tym nie mogą powiedzieć, jaki jest całościowy koszt. Jest to jedna liczba – naprawdę można sobie poradzić.

Mówi pani prezes o tym, że jest to wyłącznie kwestia administracyjna. Tak, pani prezes, pod warunkiem, że każdy pacjent mówi – dobrze, ja nie idę do sądu, ja się zgadzam. To będzie jeden przypadek na sto, i państwo dobrze o tym wiedzą. Proszę więc nie mówić, że pracownicy administracji, którzy nie będą wyspecjalizowanymi prawnikami, będą reprezentować państwa w sądach na różnych etapach postępowań – chyba, że doliczymy do tego kolejne pieniądze w sensie kolejnych rozpraw, kolejnych reprezentacji – że wtedy możemy się bawić w wyliczanki. Jest to w ogóle niewyliczone, pani prezes, naprawdę. Odnoszenie 1% do całości budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia jest absolutnie nieuprawnione, żeby uzasadnić tę kwestię w takich proporcjach, o jakie prosimy. Jeżeli nie uzyskam odpowiedzi, bardzo proszę o odpowiedź na piśmie – to jest tabelka – i wyjaśnienie tego uzasadnienia, bo ja panu Boniemu nie ufam. Jego projekty są dyskusyjne, z grubsza pisane, które w rzeczywistości realizowane są inaczej. Niestety, od słowa nic się nie stanie, jak w poemacie o stworzeniu świata: „I widział Bóg, że było dobre, i stało się, i w ten sposób czynił tenże świat". Trzeba to umieć logistycznie przeprowadzić, zaplanować koszty na każdym etapie. Wtedy jesteśmy poważnymi partne-

rami do dyskusji. A tak rzeczywiście możemy się spierać, państwo kolejne 15 minut będą to uzasadniać, a jak powiedziałam, odpowiedź jest bardzo prosta i krótka, oparta na różnych statystykach i szacunkach i pokazująca metodologię dochodzenia do takich słów. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Latos i pan przewodniczący Orzechowski.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Dwie krótkie sprawy. Po pierwsze, jeżeli mówimy o liczeniu kosztów, to na dobrą sprawę należałoby się cofnąć w czasie, bo w jakimś sensie wina NFZ-u jest mniejsza. Trzeba by mówić o pewnej winie wynikającej z ustawy, która była w tej izbie prezentowana przez ministra Boniego. Padały też głosy – wydaje się, że rozsądne – że lepiej zapłacić za wszystko, nie liczyć tego promila nieubezpieczonych, nie szukać rozwiązania, które wtedy wynikało z awantury wokół ustawy refundacyjnej. Wówczas nie mielibyśmy tych konsekwencji, o których rozmawiamy dzisiaj. Niewątpliwie nie wiemy, jak duże są te wydatki. Trzeba było to liczyć wprowadzając tę ustawę.

Jest też druga sprawa, pani prezes. Był taki zwyczaj w poprzednich latach, że pewna część rezerwy była dzielona w sposób przypominający wyrównywanie poprzedniego algorytmu, czyli mazowieckie dostawało połowę albo więcej, kilka województw trochę, a większość województw nic. Mamy trudniejszą sytuację na rok przyszły – wiemy, że wskaźniki są gorsze – zresztą, pani o tym też powiedziała. Rezerwę rozwiązujemy teraz. Jakie państwo mają plany na przyszłość? Czy, jeżeli będą dodatkowe środki, będą państwo chcieli dzielić je w podobny sposób, czy będzie raczej stosowana inna zasada niż za prezesury pana Paszkiewicza? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Orzechowski.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, myślę, że te dość ostre uwagi ze strony kolegów i koleżanek z opozycji skierowane do pani prezes, są nieuzasadnione, bo przecież, gdybyśmy mieli taką zdolność przewidywania… Przypominam sobie, że państwo też wprowadzali rewolucyjną ustawę dotyczącą odpowiedzialności cywilnej za wypadki. Ta ustawa nie odniosła takiego sukcesu, jakiego państwo chcieli, a to z prostej przyczyny – ubezpieczyciele szybko przenieśli te koszty na osoby, które się ubezpieczały.

Jednak, wracając do tematu, myślę, że nie uciekniemy przed jedną sprawą, informatyzacją – to ustawa o informacji w ochronie zdrowia, a następnie ustawa, o której mówiliśmy przed kilkoma miesiącami. Mam wrażenie, że przechodzimy taki filmowy „Dzień Świstaka”. Rozmawialiśmy na ten temat, co by się stało, gdybyśmy rzeczywiście zapłacili za wszystkich nieubezpieczonych albo w ogóle niezajmowani się tym, kto jest ubezpieczony, a kto nie. Jednak przyroda nie znosi próżni. Za chwilę obudziliśmy się w sytuacji, że spora część osób w ogóle nie płaci składek i ta grupa osób zaczęłaby dramatycznie rosnąć, gdyby nie było żadnej weryfikacji.

Skoro przyjęliśmy, że żyjemy w XXI wieku i będziemy mogli pewne rzeczy weryfikować, to trudno, żebyśmy nie przeznaczyli na to jakiejś kwoty i nie przyjęli pewnych założeń. Jeśli suma tych spraw wynosi 150 tys., to oczywiście możemy usiąść za 3 miesiące, za pół roku czy za rok i ocenić najpierw pilotaż tej ustawy i rzeczywiste efekty wchodzenia tej ustawy w życie, natomiast nie zwalnia to nas z podjęcia tego wyzwania. Bo jeśli – jak mówi pan przewodniczący – pan Bóg da, że opozycja kiedyś dojdzie do władzy, to będzie się musiała z tym zmierzyć. Zatem prościej będzie, jeśli to już będzie przećwiczone na nas – my weźmiemy za to odpowiedzialność.

I wreszcie, podsumowanie dotyczące utyskiwania na efekty ustawy refundacyjnej. Ostatnio przeczytałem raport jednej z dużych firm zajmujących się badaniem rynku leków. Państwo przez wiele lat powtarzali, że w Polsce są bardo drogie leki…

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

My mówiliśmy o dopłatach…

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Okazuje się, że leki w Polsce należą do jednych z najtańszych w Europie. Niestety, przeważająca część to leki generyczne, a nie oryginalne. A efekt – jeśli tak miało być – że jest blisko miliard złotych oszczędności na lekach, pozwala, z jednej strony, na wprowadzenie nowoczesnych, nowych terapii, jak chociażby leczenie astmy oskrzelowej w bardzo rzadkich przypadkach, które wcześniej nie były leczone, czy nowych leków w przypadku raka prostaty, a drugiej strony, na przeznaczenie tych środków na coś, co dzieje się w sposób niezamierzony, a więc, na pewne niedobory, skoro pojawiają się w Narodowym Funduszu Zdrowia. I te pieniądze są przeznaczane na leczenie pacjentów, na leki czy na świadczenia. Zatem, w pewien sposób ustawa refundacyjna wyszła naprzeciw temu, co dzieje się w Narodowym Funduszu Zdrowia, czyli tym niedoborom. Natomiast mnie bardziej by interesowało – jeślibym taką informację mógł otrzymać od pani prezes po kontakcie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych – jakie są rzeczywiste niedobory, czyli, gdzie w ZUS-ie występują braki wpływów, bo jak pani prezes powiedziała, składka jest potem przekazywana *en bloc* i nie wiemy, gdzie mamy tego problemu szukać. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani prezes.

**Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:**

Wysoka Komisjo, panie przewodniczący, na wstępie odpowiem jeszcze na pytanie pani poseł Kłosin, które mi wcześniej umknęło – przepraszam bardzo. Chodzi o poziom przygotowania do wdrożenia tej ustawy, o której rozmawiamy dzisiaj także w części administracyjnej.

Otóż, ten element inwestycyjny w trzecim kwartale został przez centralę zakończony i rzeczywiście z informatycznego punktu widzenia jesteśmy w stanie podołać ciężarowi takiej ilości jednoczesnego sprawdzania danych. Musimy wziąć bowiem pod uwagę, że ten system będzie obciążony. Obecnie – już od ponad miesiąca – chętni świadczeniodawcy testują system. Do końca roku, zgodnie z ustawą, pacjent nadal musi przedstawiać swoje dokumenty, ale chętni świadczeniodawcy – obecnie ponad 1000 – już posiadają upoważnienia Trzeba o to wystąpić na piśmie i uzyskać informacje, bo jest to przepływ danych wrażliwych, jak państwo wiedzą. Ci świadczeniodawcy to testują. Przeprowadzaliśmy takie testowanie publicznie także dla dziennikarzy i zainteresowanych – sprawdzanie na podstawie pesela, kiedy pokaże się sygnał czerwony albo zielony – najczęściej zielony – o potwierdzeniu uprawnienia, żeby świadczeniodawcy mogli się do ego przygotować.

Trzeci element, to współpraca z firmami obsługującymi świadczeniodawców, żeby mogli swoje modemy dostosować w ten sposób, aby jedno kliknięcie „sprawdź uprawnienie” obok wpisanych danych albo wybranego pacjenta, którego ma się na liście, zadziałało błyskawicznie. Chociaż jedna z dwóch głównych firm, które działają na rynku, zrobiła to szybciej, a druga w tej chwili kończy swoje prace, to w tej chwili w całej Polsce chętni świadczeniodawcy mogą u siebie testować system. Dzisiaj, na przykład, odbyło się spotkanie z częścią świadczeniodawców, ponieważ dla niektórych, z racji charakteru świadczeń – na przykład, w przypadku POZ-u – wyszliśmy z inicjatywą, żeby mając pod opieką stałą populację można było sprawdzić swoją listę sprawdzonych uprawnionych i przyjrzeć się swojej liście, która powstała, na przykład, 20 lat temu, i sprawdzić, jaka grupa jest potencjalnie nieuprawniona, bo bywa – i w systemie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych jest taka grupa – że dana grupa pojawiła się w systemie raz 20 lat temu i od tamtego czasu nie ma danych na jej temat. Są to najczęściej osoby, które wyemigrowały. Mamy takie grupy, ale, generalnie, na bieżąco…

Ten system już funkcjonował – dotyczyło to weryfikacji płacenia rachunków przez świadczeniodawców szpitalnych i AOS-owych, ale w tej chwili ten system jest uruchomiony do kontaktu *online*. Jeżeli jakiś świadczeniodawca nie będzie chciał, czy nie używa specjalnego modemu do kontaktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – ale to się zdarza rzadko – nie musi zmieniać swojego modemu. Wtedy może skorzystać z kontaktu z Funduszem *online*, łącząc się bezpośrednio w sprawie każdego pacjenta. Jednak wygodniejszy i zalecany – ale to jest wybór świadczeniodawcy – jest system kontaktu w ramach swojego modułu poprzez „sprawdź uprawnienie”.

Testowanie trwa i przebiega dość sprawnie. Infrastrukturalnie, i jeśli chodzi o kontakty ze świadczeniodawcami, wygląda to optymistycznie. Są województwa, na przykład, świętokrzyskie, gdzie bardzo duża grupa świadczeniodawców zainteresowała się tym testowaniem i złożono bardzo dużą liczbę wniosków o te upoważnienia. W niektórych województwach to zainteresowanie jest słabsze. Staramy się poprzez kontakty z mediami zachęcać świadczeniodawców do sprawdzania tego i wpisania się w system przez najbliższe dwa miesiące. Przygotowaliśmy też akcję informacyjną dla pacjentów – specjalne ulotki, żeby pacjent wiedział. Chcemy taką akcję prowadzić jeszcze w grudniu, żeby pacjenci wcześniej mogli sprawdzić, czy na pewno są uprawnieni, a przede wszystkim, żeby wiedzieli, w przypadku brak dokumentu przy przyjściu na planowe świadczenie – bo w sytuacji zagrożenia życia wiadomo, że te dokument nie jest niezbędny – jak należy się zachować, zarówno ze strony świadczeniodawców, jak i pacjentów. Tak więc, przygotowanie do wdrożenia tej ustawy trwa. Przebiega systematycznie, zgodnie z planem – w tej chwili nie widzimy zagrożeń. Chcemy także, żeby uprawnieni pacjenci sprawdzali swoje uprawnienia, bo bywa, że ktoś zmieniając trzeci raz firmę nieświadomie nie wpisał swoich najbliższych, którzy są objęci jego ubezpieczeniem, lub nie wie, że jego pracodawca nie dopełnił wobec niego jakichś obowiązków. Staramy się więc o większą wiedzę na ten temat i apelujemy o wejście w to testowanie zarówno świadczeniodawców, jak i pacjentów.

Odniosę się teraz do kolejnych pytań. Jeśli chodzi o symulację kosztów – jak tu pan przewodniczący był uprzejmy zauważyć – tę dyskusję państwo już prowadzali przy okazji zajmowania się nowelizacją ustawy i art. 50. A konkretnie art. 5 tej nowelizacji w ust. 1 pkt 1 wskazuje kwotę, którą Narodowy Fundusz Zdrowia ma przeznaczyć na obsługę zadań związanych z tą ustawą. Oczywiście, koszty, o których mówimy, mogą być pewną symulacją, ponieważ one były poza systemem płatnika. To sam świadczeniodawca miał kontakt i roszczenie wobec tych osób, które nie były uprawnione. W tej ustawie Fundusz jest zobligowany także do monitorowania przebiegu tych procedur, i takie monitorowanie będziemy prowadzić. Na razie do tego się przygotowujemy, bo mamy świadomość tego, że sam proces windykacji administracyjnej opartej na decyzji administracyjnej i egzekucji administracyjnej będzie mieć miejsce. W jakiej wysokości? Dzisiaj tego nie zadeklaruję, bo byłoby to skrajnie nieodpowiedzialne z mojej strony. Mogę jednak zadeklarować, że w ramach monitoringu będziemy państwu takie informacje przekazywać.

Jeżeli chodzi o kolejne pytanie, dotyczące rezerw i przyszłego roku, powiem, że zgodnie z obowiązującą procedurą, fundusz zapasowy – jak państwo wiedzą – zgodnie z zasadami określonymi w ustawie, był uruchomiony i mimo zróżnicowania między oddziałami nie było sytuacji, żeby jakikolwiek oddział nie dostał czegoś z tego funduszu zapasowego. Mimo pewnego niezadowolenia, zwłaszcza tych, którzy dostali niższe kwoty, wykorzystane były trzy elementy, między innymi, zapłata za migrację za 2009 r., o co wnosiła część oddziałów i związków zawodowych z oddziałów śląskiego czy wielkopolskiego. To w końcu wyrównaliśmy. Mam jednak świadomość, że fundusz zapasowy zawsze będzie budzić emocje.

Oczywiście, za wcześnie, żeby mówić o funduszu na przyszły rok. Rezerwa ogólna na przyszły rok – zgodnie z przyjętym planem – jest zaplanowana w wysokości 645.000 tys. zł, i ta rezerwa, w przypadku mniejszego spływu, gdyby taka sytuacja zaistniała, może być także wykorzystana na ten cel. Mam jednak nadzieję, że ta sytuacja w przyszłym roku będzie korzystniejsza. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani profesor chciała zabrać głos. Proszę uprzejmie.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Ja bardzo króciutko. Pani prezes naprawdę opowiada tu bardzo ciekawe rzeczy – jestem zachwycona, że mogę tego wysłuchać. Chciałabym zapytać, z jakich źródeł pani sfinansowała ten sprzęt, programy, ile to wszystko kosztowało i kto za to zapłacił, bo rozumiem, że to wszystko jest przygotowane do wdrożenia tego systemu, i że 1 stycznia rusza…

Druga sprawa dotyczy czegoś bardziej… My tu mówimy oczywiście o pieniądzach, ale za tymi pieniędzmi kryją się ludzie. Obawiam się, że pani bardzo sprawne działania

windykacyjne, o których pani opowiada z takim zapałem, mogą kończyć się tym, że wiele osób nie będąc pewnymi, czy są ubezpieczone, czy nie, nie skorzysta z usług ochrony zdrowia także w sytuacjach koniecznych. To może być bardzo trudna sprawa.

I trzecia sprawa, którą chcę panią zmartwić – ciągle jest ten nieszczęsny art. 68 konstytucji. Chcę więc pani powiedzieć, że wszystkie te windykacje mogą się skończyć w Sądzie Najwyższym umorzeniem. Tak więc, może pani ponieść w tym zakresie kompletne fiasko, a my stracimy 7500 tys. zł.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę uprzejmie, panie pośle.

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Chciałbym przypomnieć pani profesor, że budowa tego systemu będzie polegać nie tylko na identyfikacji osób ubezpieczonych, bo docelowo ten system ma ułatwić pracę i opiekę nad pacjentem. Jest to pierwszy krok, a następnymi krokami będzie możliwość umieszczania tam informacji na temat leczenia… Nie, ja byłem na spotkaniu…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Panie pośle, proszę kontynuować, nie dyskutować.

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Dobrze. Zwracam się do pani prezes. Wiele kontrowersji wzbudził podział funduszu zapasowego. Nie bardzo możemy zgodzić się z tym, żeby czynnik migracyjny był stawiany przed procedurami ratującymi życie, dlatego, że w całym kraju szpitale mają zadłużenia z tego tytułu… A może nie zadłużenia – mają wykonane procedury ratujące życie, za które nie zostały zapłacone środki. Natomiast poświęcenie tego funduszu zapasowego na część migracyjną stanowi duże zagrożenie dla budżetów w pozostałych województwach. Ja mówię o województwie opolskim, gdzie w stosunku do ponad 260.000 tys. zł dostaliśmy tylko 2000 tys. zł, a nasze szpitale wcale nie są w innej sytuacji. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że wyczerpaliśmy dyskusję. Musimy przyjąć opinię lub ją odrzucić, czyli wyrazić negatywną lub pozytywną opinię. Kwestia zmiany planu Narodowego Funduszu Zdrowia leży poza kompetencją Komisji Zdrowia i Sejmu. Jest to suwerenna decyzja ministra finansów i ministra zdrowia.

Jest to opinia nr 10. Mówi ona o pozytywnym zaopiniowaniu projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013. Czy ktoś zgłasza sprzeciw, jeśli chodzi o taką opinię?

Ja zgłaszam sprzeciw, ponieważ, aczkolwiek 7000 tys. zł to sprawa niewielka, jestem przeciwnikiem rozbudowania administracji, zwłaszcza w przypadku tego, że państwo nie zweryfikowali rzeczywistych środków, które będą podlegać windykacji, a jednocześnie lekką ręką wydzielają państwo 103 etaty.

W zawiązku z tym, głosujmy… Proszę.

**Poseł Jarosław Katulski (PO):**

Ja tylko jedno zdanie, panie przewodniczący. Przy poprzedniej opinii wątpliwości pana budziła kwota ponad 300.000 tys. zł i nie proponował pan głosowania. W tej chwili ma pan wątpliwości odnośnie do kwoty 7000 tys. zł i zarządza pan głosowanie swoją decyzją. Oczywiście, ma pan do tego prawo. Ja chciałem tylko zwrócić uwagę na pewną niekonsekwencję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Panie przewodniczący, konsekwencja jest przede wszystkim taka, że zapytałem, czy ktoś zgłasza sprzeciw. Tę formułę powtórzyłem teraz. Jest sprzeciw, więc opinia podlega głosowaniu, gdyby wtedy ktoś zgłosił sprzeciw, to też byśmy głosowali.

Kto z pań posłanek i panów posłów jest za przyjęciem pozytywnej opinii dotyczącej zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.? Proszę o podniesienie ręki. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że „za" głosowało 15 posłów, „przeciw" – 10. Przyjęliśmy pozytywną opinię do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Zapraszam na jutrzejsze posiedzenie Komisji, o tej samej porze, w tej samej sali. Dziękuję bardzo.